

رقم التفويض: _____ الرقم في برنامج BCCHP: _____

Breast, Cervical and Colon Health Program Consent (موافقة خاصة ببرنامج صحة الثدي، وعنق الرحم، والقولون)

وصف البرنامج

برنامج **Breast, Cervical and Colon Health Program (BCCHP)**، صحة الثدي، وعنق الرحم، والقولون) عبارة عن جهود مشتركة بين مقدمي الخدمات الصحية، و Washington State Department of Health (DOH)، إدارة الصحة في ولاية واشنطن)، و Centers for Disease Control and Prevention (CDC)، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها) بغرض دعم فحوصات سرطان الثدي وعنق الرحم. ويهدف إجراء الفحوصات إلى الكشف عن الإصابة بالسرطان في مراحله الأولى المبكرة حتى تتسنى الوقاية منه أو علاجه. تشمل فحوصات سرطان الثدي فحص الثدي وإجراء تصوير بالأشعة السينية عليه يُعرف بتصوير الثدي الشعاعي. وتشمل فحوصات سرطان عنق الرحم فحص الحوض، وأخذ عينة من خلايا عنق الرحم (فتحة الرحم) تُعرف باختبار مسحة بابانيكولاو، وإجراء اختبار فيروس الورم الحليمي البشري.

الموافقة على الكشف عن المعلومات

أمنح الموافقة لجميع مقدمي الرعاية الطبية، والعيادات، والمستشفيات، وخطط التأمين الصحي، وبرنامج BCCHP القائمين على حالتي أو أي منهم، لتزويد بعضهم البعض بمعلومات تتعلق برعايتي الصحية، واختبارات عنق الرحم، وفحوصات الثدي، وتصويرات الثدي الشعاعية وأي رعاية طبية ذات صلة أتلقتها من خلال برنامج BCCHP. وأدرك أن نموذج الموافقة هذا ينتهي سريانه بعد 12 شهرًا من تاريخ توقيعي عليه. وحينئذ يجب أن أعيد التسجيل بعد مرور 12 شهرًا للاستمرار في تلقي الخدمات.

ستظل أي معلومات يُكشف عنها إلى برنامج BCCHP سرية. وستتاح المعلومات لي، وللموظفين المشاركين في تقديم خدمات برنامج BCCHP لي، ولـ Health Care Authority (هيئة الرعاية الصحية)، وهي المقدمّة لبرنامج Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP) إذا لزم، ولإدارة Department of Health (مصدر تمويل برنامج BCCHP). وسوف تُستخدم المعلومات لتلبية أغراض برنامج BCCHP كما هو موضح أعلاه. لن تذكر التقارير المنشورة الصادرة عن برنامج BCCHP أسماء أي عملاء للبرنامج.

أدرك أن المشاركة في هذا البرنامج تطوعية وأنه يجوز لي الانسحاب من برنامج BCCHP وسحب موافقتي على الكشف عن المعلومات في أي وقت. أدرك أنه إذا تبين إصابتي بسرطان الثدي و/أو سرطان عنق الرحم، فقد أكون مؤهلة لتلقي العلاج من خلال تغطية Apple Health لبرنامج BCCTP. وسيساعدني موظفو برنامج BCCHP حينها على التسجيل. أدرك أنه سيطلب مني إعطاء موافقتي على تلقي العلاج وتقديم معلومات أخرى عند الحاجة، باعتباره جزءًا من خدمات إدارة الحالة التي أتلقتها.

إذا زوّرت أي معلومات مستخدمة في تحديد أهليتي، فأدرك أنني سأتحمل التكاليف.

التاريخ _____ الشاهد(ة): المنشأة الصحية

التاريخ _____ التوقيع باسمك هنا

التاريخ _____ المترجم(ة) الفوري(ة) (إن وجد)

اسمك بأحرف واضحة هنا